43e Année — N° 9. Vendredi 28 Février 1896.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Gynécologie : Anatomie pathologique et pathogénie des kystes du vagin, par M. Maurice Cazin, 129. — **Bibliographie** : Traité de médecine et de thérapeutique, 130. — Les variabilités de la mortalité à Paris, 131. — **Revue de la presse étrangère** : La polymyosite aiguë puerpérale, 131. — **Académie des sciences** : *Séance du 17 février*. — Présidence de M. Cornu, 132. — Photographies obtenues avec les rayons de Rœntgen, 132. — Procédé rapide de dosage de l'arsenic, 132 — Marche et course en flexion, 133. — Applications à la tachymétrie et à l'ophtalmologie d'un mode de production jusqu'ici inexpliqué, de la couleur, 134 — **Academie de médecine** : *Séance du 25 février*. — Présidence de M. Hervieux, 135. — Les bains de mer dans le traitement de la scrofule, 135. — Election, 135. — Anesthésie par le gaïacol pour l'application des pointes de feu, 135. — Diagnostic précoce de la tuberculose humaine par la tuberculine, 135. — Diagnostic de la tuberculose par la tuberculine, 135. — Le calomel dans la céphalée persistante, 135. — Remèdes secrets, 135. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 21 février* 1896. — Présidence de M. d'Heilly, 135. — Tuberculose et urobilinurie, 135. — Fibromatose généralisée (molluscum fibreux), 136 — Desquammation consécutive à la fièvre typhoïde, 136. — Pathogénie de l'appendicite, 136. — Abcès sous-cutanés à pneumocoques, 137. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 22 février* 1896. — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 137. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Cazin, 137. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Delmas, 138 — **Société de Chirurgie** : *Séance du 26 février* 1896 — Présidence de M. Ch. Monod, 141. — Traitement de l'hallux valgus, 141 — De la sérumthérapie primitive dans le traitement du tétanos, 142. — Nouvelle aiguille à suture, 142 — **Variétés** : Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, 142. — **Memento pratique**, 143. — De la théobromine, 143. — **Nouvelles**, 143.

GYNÉCOLOGIE

Anatomie pathologique et pathogénie des kystes du vagin

Par M. Maurice Cazin

Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Cliniquement, les kystes du vagin sont connus depuis longtemps, mais, au point de vue de leur pathogénie, il existe encore de nombreuses divergences d'opinions entre les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Pour Huguier, Cruveilhier, Virchow, les kystes du vagin ont une origine glandulaire.

D'autres auteurs, parmi lesquels nous pouvons citer Verneuil et M. Tillaux, font rentrer les kystes dans la catégorie des hygromas accidentels ou même professionnels, puisque Courty les considère comme se rencontrant avec une fréquence toute spéciale chez les filles publiques. A côté de cette théorie, nous pouvons ranger celle de Dorn, d'après laquelle des kystes du vagin peuvent prendre naissance à la suite d'un épanchement sanguin ou séreux dans le tissu conjonctif sous-muqueux du vagin. On a également dit que certains kystes pouvaient provenir des lacunes conjonctives ou des vaisseaux lymphatiques.

Enfin, dans ces dernières années, à la suite d'examens histologiques complets, on a manifesté une tendance, de plus en plus accentuée, à considérer les kystes du vagin comme se développant le plus souvent aux dépens de débris du canal de Wolff, suivant la théorie émise par Veit en 1887.

Sans vouloir lui donner un caractère de généralisation absolue qui serait peut-être excessif, c'est à l'appui de cette théorie que viennent s'ajouter les résultats des examens histologiques qu'il m'a été permis de faire à l'occasion de deux kystes du vagin.

Dans la première observation, que j'ai pu recueillir l'année dernière dans le service de mon maître, le Prof. Duplay, à l'Hôtel-Dieu, il s'agissait d'une femme de 25 ans, cuisinière, ayant eu deux accouchements, l'un le 21 octobre 1893 et le deuxième le 14 décembre 1894. Le premier accouchement s'était fait facilement, sans aucun incident. Lors du deuxième accouchement, il y avait eu quelque difficulté au moment de la traversée vulvaire qui s'est toutefois effectuée sans incident. Or, déjà quelques mois auparavant, la malade s'était aperçue de l'existence d'une tumeur vaginale, qui faisait quelquefois saillie à la vulve, mais rentrait facilement et ne s'accompagnait d'aucune gêne douloureuse.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, nous constatons, en effet, lorsque la malade est restée debout pendant quelque temps, la présence d'une tumeur faisant saillie à la vulve. Cette tumeur, dont le volume est à peu près celui d'une mandarine, est couverte d'une muqueuse saine, mais amincie et adhérente à sa surface sur une étendue correspondant environ à la surface d'une pièce de vingt sous, molle, fluctuante, irréductible, sans battements. La tumeur est située dans la paroi postérieure du vagin, mais développée surtout du côté gauche, et se rapproche de ce côté de la paroi antérieure, s'arrêtant en bas à un travers de doigt de la vulve, et remontant en haut presque au niveau de l'extrémité inférieure du col. Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, montre

qu'au-dessus de la tumeur la cloison est libre et qu'il n'y a aucun prolongement.

M. le Prof. Duplay pratique l'ablation du kyste avec la portion de muqueuse qui lui adhère, suture au catgut les deux lèvres de l'incision vaginale ; la guérison se fait sans incident et la malade quitte le service dix jours après l'opération.

L'examen histologique de ce kyste, que nous avons pratiqué dans le laboratoire de la clinique, nous a donné les résultats suivants.

Sur une coupe comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale jusqu'à la surface libre du kyste, nous rencontrons, tout d'abord, en allant successivement de dehors en dedans, une couche épithéliale, correspondant à la surface interne du kyste, qui est plus ou moins irrégulière et plissée en certains points de façon à simuler sur les coupes un aspect villeux. Cet épithélium est constitué par *une seule couche d'épithélium prismatique* dont les cellules sont environ trois fois plus hautes que larges, un noyau ovalaire occupant leur partie moyenne. Au-dessous de la couche de tissu conjonctif sur laquelle repose cet épithélium, il existe une couche de fibres musculaires lisses parfaitement distinctes et disposées sur deux plans, l'un externe, composé de fibres circulaires ou obliques, l'autre interne, composé de fibres longitudinales.

Enfin, séparée de la couche musculaire précédente par une couche de tissu conjonctif, très amincie au niveau du point où le kyste adhérait à la paroi du vagin, mais suffisamment développée pour établir une ligne de démarcation des plus nettes, nous rencontrons ensuite la tunique musculaire du vagin, avec ses fibres internes longitudinales, ses fibres externes circulaires et ses fibres moyennes disposées en faisceaux entre-croisés dans tous les sens, puis la couche conjonctive sous-muqueuse et la muqueuse qui sont tout à fait normales.

Dans l'autre fait, qui provenait du service de M. Quénu, et qui nous a été communiquée par Mlle Zeligson, il y avait deux kystes, situés l'un sur la paroi antérieure du vagin, l'autre sur la paroi postérieure. Nous avons examiné des coupes du kyste postérieur, qui nous ont montré une structure en tout semblable à celle que nous avions rencontrée sur les préparations faites avec la tumeur précédente; même enveloppe musculaire, composée de deux couches distinctes, disposées perpendiculairement l'une à l'autre, et même revêtement épithélial constitué par une seule couche de cellules cylindriques.

Ce résultat est d'ailleurs conforme à celui qu'ont obtenu de nombreux observateurs, tels que MM. Chalet, Poupinel, Schwartz, qui, de l'existence d'un revêtement épithélial cylindrique, tapissant la surface du kyste, et d'une tunique musculaire dans l'épaisseur de la paroi propre de ce kyste, concluent à une origine Wolfienne et voient dans les canaux de Gaertner le point de départ de la plupart des kystes du vagin. C'est également la conclusion qui se dégage de l'examen histologique pratiqué par nous, au sujet des 2 cas que nous avons observés.

On ne saurait, en effet, devant la nature de leur revêtement épithélial, chercher leur origine dans la muqueuse vaginale, comme le fait Froment, qui explique la production de certains kystes vaginaux par l'accollement des replis normaux de la muqueuse vaginale, attendu que ce mécanisme ne peut donner naissance qu'à des kytes tapissés par un épithélium pavimenteux, semblable à celui de la muqueuse vaginale.

Quant à invoquer, comme point de départ, les glandes du vagin, cela ne pourrait que nous conduire à une hypothèse peu vraisemblable, puisque les histologistes sont aujourd'hui à peu près d'accord pour déclarer le derme de la muqueuse vaginale « absolument dépourvu de glandes de toute espèce », suivant la phrase textuelle que j'emprunte au livre de mon ami le Dr Berdal, chef du laboratoire de M. le professeur Duplay.

Nous n'avons pas à discuter, à propos de kystes du vagin pourvus d'un revêtement épithélial, la théorie de l'hygroma de Verneuil et de Tillaux, à laquelle nous avons fait allusion tout à l'heure. Nous nous contenterons de dire que cette pathogénie ne peut être indiquée que dans les cas dans lesquels l'absence de tout épithélium a été constatée par un examen histologique approfondi, sur une pièce fixée par les liquides conservateurs dans un état de fraîcheur absolue, et, jusqu'à présent, les observations qui répondent à ce *desideratum* nous paraissent extrêmement peu nombreuses.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. P. Brouardel, A. Gilbert et J. Girode. 2e volume, (J.-B. Baillière et fils, Edit., Paris, 1896).

Le 2e volume du *Traité de médecine et de thérapeutique*, publié sous la direction de MM Brouardel et A. Gilbert et J. Girode, contient la suite et la fin des maladies microbiennes et les maladies produites par les champignons. On y trouve le typhus exanthématique et le typhus recurrent par Netter, la peste par E. Deschamps, la fièvre jaune par Mosny, la dysanterie par L. Vaillard, le choléra par Thoinot, la tuberculose par Straus, la lèpre par Hallopeau, la blennorrhagie, les balanites, les végétations, le chancre simple, la syphilis, par F. Balzer, la morve et la rage, par Ménétrier, le tétanos par Vaillard, le béribéri et le lathyrisme par E. Deschamps, le rhumatisme et le pseudo-rhumatisme par F. Widal, les maladies

produites par les champignons en général par J. Girode et l'actinomycose par Ménétrier.

L'énoncé des chapitres suffit à indiquer l'importance du volume ; entrer dans l'examen critique de chacun d'entre eux nous paraît impossible. Disons seulement que, comme dans le précédent, les auteurs se sont appliqués à donner aussi succinctement et aussi complètement que possible l'état de nos connaissances sur chacun des sujets qu'ils ont eu à traiter. Le 2e volume, pas plus que le premier, ne laisse rien à désirer de la part des éditeurs.

E. D.

Les variabilités de la mortalité à Paris, *leur cause météorologique*, par le Dr F. Chiais, ex-médecin de l'hôpital de Menton (Société d'Editions scientifiques, Paris 1895).

Pour le Dr Chiais, les variations quantitatives de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique de l'atmosphère terrestre sont sans influence sur l'état sanitaire quand elles se maintiennent dans les limites que l'observation nous a appris à connaître.

Il n'en est pas de même des variations quantitatives de la vapeur d'eau : ses variations ont une grande importance sur l'organisme.

Les fonctions physiologiques de l'organisme subissent le minimum de perturbations et les maladies aiguës se réduisent au minimum lorsque les variations de la quantité de vapeur d'eau contenue dans le mètre cube d'air oscillent entre 6 grammes et 12 grammes.

En deça et au-delà de ces limites de quantité, certaines fonctions organiques sont plus ou moins troublées.

Lorsque la quantité de vapeur d'eau contenue dans le mètre cube d'air tombe à moins de 5 grammes, ce sont les voies respiratoires qui sont plus spécialement affectées.

Lorsque la quantité de vapeur d'eau contenue dans le mètre cube d'air monte au-dessus de 12 à 15 grammes, les maladies intestinales trouvent des conditions favorables à leur développement.

E. D.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La polymyosite aiguë puerpérale. — Watzold. (*Zeitsch, f. Klin. med.*, 22, 6) a enrichi la littérature médicale concernant les cas de polymyosite aiguë de deux nouvelles observations qui ont ceci de commun d'avoir été recueillies chez des femmes en couches. Le premier cas s'est présenté sous la forme d'une septicémie puerpérale suraiguë avec inflammations musculaires précoces. Cependant on ne peut refuser à la myosite une certaine autonomie ; elle doit même être considérée comme l'affection primitive, car la septicémie seule n'aurait pu produire d'aussi profondes altérations que celles qui ont été observées. En outre, l'aspect microscopique des muscles a ressemblé à celui qu'a décrit Unverricht. Chez la deuxième malade l'infection puerpérale était moins grave et la marche plus lente. La maladie a duré plus de neuf mois et s'est terminée par une guérison relative. A certains intervalles, il est cependant survenu des périodes aiguës fébriles. Là où il n'y a pas eu d'œdème de la peau, on sentait les muscles atteints sous forme de cordons durs et sensibles ; les mouvements actifs et passifs étaient également douloureux. L'état de la malade devint extrêmement pénible en raison des lésions qui portaient sur les muscles de la respiration et de la déglutition.

Au point de vue étiologique, l'auteur admet le caractère infectieux de la maladie et même la spécificité de germes pathogènes. Dans quelques cas, on a trouvé le streptocoque pyogène, mais on ne l'a pas trouvé dans d'autres.

Mais peut-être vaut-il mieux renoncer à cette idée de spécificité et attribuer plus d'importance à une vulnérabilité accrue par des conditions prédisposantes. En fait, ces conditions se sont retrouvées dans les cas décrits (épilepsie, alcoolisme, influenza, phtisie, etc.). Au point de vue anatomique, on trouve au microscope une myosite parenchymateuse et interstitielle, probablement parce que le tissu musculaire est d'une vulnérabilité telle qu'il répond à des excitations variées par la dégénérescence, la prolifération des noyaux, etc. Au point de vue symptomatologique, on trouve tous les caractères cliniques anciennement attribués à l'inflammation : rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction.

La marche et le pronostic dépendent de la localisation du processus dans des groupes musculaires plus ou moins importants. L'atteinte des muscles de la déglutition et de la respiration peut amener l'intoxication progressive par l'acide carbonique, l'aspiration de la salive, du mucus, etc., et des bronchopneumonies pouvant être mortelles. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une complication avec d'autres maladies graves, telles que la phtisie, la septicémie. La maladie est d'ailleurs très grave par elle-même. Le diagnostic différentiel se fait avec la polynévrite et la trichinose ; celle-ci est facile à distinguer par l'anamnèse et l'examen microscopique. La polymyosite se distingue de la polynévrite par l'absence de paresthésies et d'anesthésies, par l'insensibilité des troncs nerveux, l'absence et la réaction de dégénérescence, etc. Le traitement consiste à employer les narcotiques, les préparations salicylées, les enveloppements mouillés et le massage.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 février. — Présidence de M. CORNU.

Photographies obtenues avec les rayons de Rœntgen. — MM. IMBERT et H. BERTIN-SANS. Nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie quelques-unes des photographies que nous avons obtenues avec les rayons de Rœntgen et qui nous ont paru de nature à présenter quelque intérêt.

La photographie n° 1, relative à une grenouille, montre quel degré de netteté on peut réaliser par l'emploi d'un diaphragme.

Le n° 2, qui reproduit le squelette de la main d'un enfant de 8 ans, donne des renseignements précis sur l'état de l'ossification et permet d'espérer que le nouveau procédé d'investigation donnera des indications très utiles dans le cas de rachitisme.

L'épreuve n° 3 est relative à un cas de *spina ventosa* du petit doigt d'un malade du service de M. le professeur Forgue. La netteté moins grande de l'ombre portée par les os tient, d'une part, aux altérations subies, qui ont rendu les os plus transparents ; d'autre part, à la présence du pus qui coula pendant la pose et détermina une certaine adhérence à la plaque photographique du papier noir qui la recouvrait, d'autre part encore, à l'état d'enflure du doigt à photographier. L'influence de cette dernière cause sur la netteté nous a été démontrée par d'autres expériences, si bien que l'on peut dire qu'il est difficile, actuellement au moins, d'obtenir des épreuves nettes de régions œdématiées, les tissus devenant d'autant moins transparents qu'ils contiennent une plus grande quantité de liquide.

L'épreuve n° 4 est la photographie du même doigt après l'amputation, le doigt ayant, d'ailleurs, été ouvert suivant son axe et appliqué par les deux faces de section sur la plaque sensible. La grande netteté avec laquelle se détache le squelette, dont on aperçoit facilement l'altération, tient à ce que les os étaient ici à une très petite distance de la face sensible de la plaque, et aussi à ce que deux des causes signalées plus haut comme ayant une influence sur la netteté sont ici presque supprimées.

Il est intéressant de rapprocher de cette épreuve n° 4 l'épreuve n° 5 qui est la photographie à la lumière ordinaire des deux faces de section du même doigt. Tout étant ici reproduit, os, tendons, etc., l'altération du squelette y est moins facilement aperçue que sur la photographie par les rayons de Rœntgen et ce fait nous a paru digne d'être signalé.

La photographie n° 6 est celle de la main d'un jeune homme qui, après s'être exercé, dans une salle de gymnase, à arrêter d'un coup de poing un sac de sable animé de grandes oscillations, accusa une douleur vive au niveau du cinquième métacarpien et nous fut adressé par M. le Dr Magnal, chef de clinique. Tandis que le diagnostic de fracture de la tête du cinquième métacarpien n'a pu être sûrement établi à l'exploration ordinaire, la fracture est évidente à la seule inspection de l'épreuve n° 6. La netteté moins grande de cette photographie, tient d'ailleurs à un certain degré d'œdème, qui existait encore au moment où la main fut photographiée et qui gênait pour l'établissement du diagnostic.

Les photographies nos 7 et 8 sont relatives à un malade sur lequel M. le professeur Forgue a pratiqué, le 6 décembre 1895, une résection pour arthrite blennorragique. La très grande différence de netteté de ces deux épreuves tient à ce que l'une d'elles a été obtenue sans diaphragme, tandis qu'il a été fait usage d'un diaphragme pour obtenir l'autre. On voit nettement sur l'épreuve n° 7 l'existence d'un certain nombre de points d'ossification, ainsi que celle d'un os sésamoïde. Nous nous proposons de suivre, sur ce malade, les progrès de ce travail de réparation.

Procédé rapide de dosage de l'arsenic. — MM. R. ENGEL et J. BERNARD. Le dosage de l'arsenic, surtout lorsqu'il ne s'agit que de petites quantités, présente des difficultés, des causes d'incertitudes, et exige toujours un temps considérable.

En vue de recherches biologiques, M. A. Gautier (*Bull. de la Soc. chim.*, t. XXIV, p. 251) a étudié le dosage de l'arsenic par la pesée de l'anneau, obtenu par la méthode de Marsh, et a précisé avec soin les conditions dans lesquelles il faut opérer pour éviter toute perte. Ce procédé a donné, entre les mains de l'auteur et celles d'un de ses élèves, les résultats les plus précis ; mais son application est délicate et sa durée un peu longue pour les dosages ordinaires de l'arsenic.

Voici un procédé qui, abstraction faite de la durée de la précipitation, n'exige que quelques minutes et donne des résultats très précis.

Les principes sur lesquels il repose sont les suivants :

1° Les composés oxygénés de l'arsenic, en solution dans l'acide chlorhydrique concentré, sont totalement réduits à l'état d'arsenic métalloïdique par l'acide hypophosphoreux, ainsi qu'il résulte des expériences antérieures de l'un d'entre nous ;

2° L'iode en solution transforme l'arsenic métalloïdique en acide arsénieux, avec formation de petites quantités seulement d'acide arsénique, tant que la liqueur reste acide ; dans une liqueur rendue alcaline par les bicarbonates, la transformation en acide arsénique est totale.

La pratique du procédé est la suivante :

A une solution arsénicale ramenée, s'il y a lieu, par concentration en liqueur alcaline, à 20 cc ou 40 cc, on ajoute trois fois son volume d'acide chlorhydrique à 22°B., puis un fort excès d'acide hypophosphoreux ; suivant la quantité présumée d'arsenic, nous employons de 4 cc à 10 cc d'une solution de cet acide à 35°B. La précipitation se fait, à la température ordinaire, sous la forme d'une poudre brune ; il est bon d'opérer dans un vase tronc-conique bouché à l'émeri.

Après une douzaine d'heures, on chauffe légèrement le mélange au bain-marie, et l'on y ajoute son volume d'eau bouillie et bouillante : cette opération a pour but de faciliter la filtration qui est plus rapide avec des liquides chauds.

On filtre d'abord le liquide clair, puis on porte le précipité sur le filtre. On lave le vase et le précipité à l'eau bouillante, sans se préoccuper d'un très léger dépôt qui, quelquefois, adhère au vase. On poursuit le lavage jusqu'à ce que le liquide filtré ne soit plus acide. On porte alors le filtre contenant le précipité dans le vase même où s'est effectuée la précipitation, et l'on y ajoute progressivement, à l'aide d'une burette graduée, une solution décinormale d'iode en agitant le vase. Les premières quantités d'iode sont ra-

pidement décolorées. Comme les 3/5 seulement de l'iode total nécessaire pour transformer l'arsenic en acide arsénique sont consommés pour dissoudre l'arsenic, on peut, après chaque décoloration, ajouter, en une seule fois, un peu plus de la moitié du volume d'iode déjà employée sans risque d'en mettre un excès. Il est essentiel de ne pas ajouter d'eau dans cette phase de l'opération, afin que la solution d'iode reste assez concentrée pour réagir rapidement.

Lorsque, après une dernière addition, la liqueur reste colorée, on attend deux ou trois minutes en remuant de temps en temps de façon à dissoudre les dernières traces d'arsenic adhérentes au filtre ou au vase. On ajoute alors environ 50 cc d'eau et 10 cc d'une solution saturée de bicarbonate de soude ou de potasse : cette addition détermine la décoloration immédiate de la liqueur et des débris du filtre, par suite de la transformation de l'acide arsénieux en acide arsénique, sous l'influence de l'iode en présence des bicarbonates.

On achève le titrage par l'iode en se servant de l'amidon comme indicateur, comme lorsqu'il s'agit du titrage connu de l'acide arsénieux par l'iode. Chaque centimètre cube d'iode employé correspond à 0gr.0015 d'arsenic.

Pour vérifier l'exactitude de ce procédé de dosage, nous avons opéré de la manière suivante :

Avec une même pipette de 10 cc, nous avons prélevé cinq prises d'essai d'une solution d'acide arsénieux. Dans les trois premières prises d'essai, nous avons dosé directement l'anhydride arsénieux par une solution décinormale d'iode en laissant écouler la liqueur titrée d'une burette de 50 cc, sans la recharger ; de cette manière, nous avons éliminé l'influence des petites différences de graduation pouvant exister dans les différentes parties de la burette. La moyenne de ces trois déterminations a été trouvée de 14 cc. 04 d'iode correspondant à 0,05265 d'arsenic métalloïdique par prise d'essai.

Les prises d'essai 4 et 5 ont été précipitées par l'acide hypophosphoreux, et l'arsenic obtenu a été traité comme il a été dit plus haut. Le volume d'iode nécessaire a été, dans une expérience, de 35 cc. 125 et, dans l'autre, de 35 cc. 175, correspondant respectivement à 0,05268 et 0,05276 d'arsenic, soit en moyenne 0,05272, quantité qui ne diffère de la quantité trouvée directement que de 7 centièmes de milligramme.

Ce dosage peut être effectué en présence de tous les métaux du troisième, du quatrième et du cinquième groupe.

Voici le résultat de quelques analyses dans lesquelles on a ajouté des quantités connues et déterminées au milligramme seulement d'acide arsénieux à des solutions salines des divers métaux suivants :

Métal en présence de l'arseni .	Arsenic ajouté	Arsenic trouvé.
—	—	—
Nickel.....	0,054	0,0539
Cobalt.....	0,074	0,0735
Manganèse.....	0,059	0,0589
Aluminium.....	0,084	0,084
Zinc.....	0,123	0,1229

Comme 1 cc de solution d'iode décinormale correspond à 1 mgr. 5 d'arsenic, on voit qu'il est facile d'apprécier sans erreur sensible 1/10 de milligramme, avec les burettes habituellement employées dans les laboratoires.

Marche et course en flexion. — MM. Comte et Regnault. Un officier d'artillerie, le commandant de Raoul, a préconisé pour l'entraînement des troupes une méthode de marche et de course, dite *en flexion*, qui permet d'obtenir, d'hommes quelque peu entraînés, des marches rapides et longues sans les fatiguer plus qu'en leur faisant parcourir des distances moitié moindres aux allures militaires classiques.

Il nous a paru intéressant de faire l'étude critique de cette méthode de marche et de voir si notre marche usuelle pouvait avec avantage être modifiée, pour obtenir avec la même dépense de travail un meilleur rendement (1).

Profitant des nombreux appareils d'investigation réunis par M. Marey pour l'étude du mouvement à la Station physiologique, nous avons fait, grâce au concours du commandant de Raoul, une étude comparée des allures ordinaires et des allures en flexion. Analysées par la chronophotographie et traduites en épures à la manière ordinaire, ces deux sortes de marche ont donné des aspects bien différents.

On voit tout d'abord que, dans la marche ordinaire, le corps exécute des oscillations verticales brusques et assez hautes, tandis que, dans la marche en flexion, ces oscillations sont lentes et peu élevées. Or, il est démontré que les oscillations verticales du corps constituent la principale cause de dépense de travail dans la marche ordinaire ; il est donc naturel d'attribuer à la diminution de ces oscillations la moindre fatigue observée dans le second genre de marche.

Si l'on cherche, sur les épures, la cause de la différence d'amplitude des oscillations verticales, on voit qu'elle réside tout entière dans la façon dont le genou se fléchit ou se redresse aux différentes phases de l'appui du pied.

Considérons le cas idéal où la jambe serait toujours rigide et de longueur constante comme le serait une jambe de bois ; à chaque appui du pied, la hanche, en progressant, décrira autour du pied qui pose sur le sol un arc de cercle ayant pour rayon la longueur du membre. La hanche, en soulevant le corps tout entier, le forcera à décrire une oscillation ascendante, puis descendante. Avec une jambe flexible, au contraire, on conçoit que la hanche puisse se mouvoir suivant une droite parallèle à la surface du sol. Il faudra pour cela que la jambe diminue de longueur pendant la première moitié de son appui pour supprimer l'oscillation ascendante tandis que, dans la seconde moitié de l'appui, la jambe devra s'allonger pour supprimer l'oscillation descendante.

C'est un effet analogue qui tend à se produire dans la marche en flexion. La comparaison des figures montre que dans la marche ordinaire, au début de l'appui, la jambe se redresse, accroissant la longueur du rayon et par conséquent l'oscillation ascendante, tandis que dans la marche en flexion le genou, pliant de plus en plus, raccourcit le rayon et éteint cette oscillation ascendante.

Dans la seconde moitié de l'appui, le genou, dans la marche ordinaire, reste étendu, ce qui produit, pour la hanche et pour le corps, l'oscillation descendante. Dans la marche en flexion, le genou, qui était plié jusque-là, s'étend au contraire et empêche la hanche et avec elle le corps tout entier de descendre. Sur l'exemple représenté, l'extension de la jambe excède même ce qui était nécessaire pour

(1) L'un de nous avait déjà remarqué qu'à Ceylan et au Japon les coureurs de profession ont une manière assez analogue de progresser. Ils avancent très rapidement, rasant le sol, le corps très penché en avant et les jambes presque constamment un peu fléchies.

empêcher le corps de descendre; elle le soulève même un peu, produisant une légère ascension qu'il serait assurément utile de supprimer pour atteindre la perfection idéale.

Notons que l'amplitude des oscillations verticales du corps croît avec l'étendue du pas et que, par conséquent, dans la marche en flexion, où le pas est d'un quart plus long que dans la marche ordinaire, on aurait des oscillations verticales très fortes si les mouvements du genou n'en atténuaient pas les effets.

Enfin comme les variations de la pression des pieds sur le sol donne la mesure des chocs qui se produisent au début des appuis du pied et celle des efforts musculaires appliqués à propulser le corps à la fin de ces mêmes appuis, nous avons recouru à la dynamographie pour avoir la mesure de ces pressions. Nous avons trouvé, pour la marche ordinaire, des pressions très énergiques et brusques au début et à la fin des appuis; tandis que, dans la marche en flexion, la pression croît et décroît d'une façon graduelle et que son maximum ne dépasse que de très peu la valeur du poids du corps.

Toutes ces mesures concordent donc pour assigner à la marche en flexion une supériorité sur la marche ordinaire, surtout pour les hommes lourds ou chargés de fardeaux.

Entre les deux genres de course existent des différences analogues, surtout si l'on compare la course ordinaire de fond à la course en flexion; car, dans la course de vitesse, l'homme est amené instinctivement à réduire le plus possible le travail inutile et il y arrive en augmentant la flexion des articulations du membre inférieur et en penchant le corps en avant.

Ce mécanisme de la marche et de la course en flexion est conforme à la théorie générale de progression de tout animal ou de tout véhicule sur le sol. De même qu'il est reconnu qu'un cheval est d'autant plus rapide qu'il a plus de souplesse dans les membres, de même c'est un principe fondamental de mécanique, qu'un véhicule peut acquérir une vitesse d'autant plus grande que l'on diminue davantage ses vibrations. Cette théorie trouve son application dans l'emploi, pour la bicyclette, des bandages pneumatiques sans lesquels on n'aurait jamais pu atteindre les vitesses que l'on connaît.

Or, bien que l'on marche depuis des siècles, l'homme s'est habitué à cette démarche fière et raide qu'il trouve sans doute seule digne de sa grandeur, mais qui a permis à Maissiat de le comparer, à juste titre, à une voiture dont les roues dépourvues de jantes avanceraient en passant de rayon en rayon.

Applications à la tachymétrie et à l'ophtalmologie d'un mode de production, jusqu'ici inexpliqué, de la couleur. — M. Charles Henry. M. Charles Benham a publié, en novembre 1894, un disque dont une moitié est noire et dont l'autre, blanche, présente quatre groupes de trois arcs de cercle concentriques de 45°, dont les rayons décroissent de la périphérie au centre du disque, pour un observateur qui les voit à sa gauche. Si l'on place au centre de ce disque un petit axe de rotation et si l'on fait tourner le toton dans le sens des aiguilles d'une montre (sens que j'appellerai *direct*, appelant *rétrograde* le sens inverse), les quatres groupes d'arcs concentriques présentent, pour une certaine vitesse très petite, l'aspect de cercles colorés de teintes intenses qui sont, pour la grande majorité des sujets, de la périphérie au centre: rouge, jaune, vert, bleu. Si l'on fait tourner le toton dans le sens rétrograde, la situation des couleurs se renverse et les teintes, toujours de la périphérie au centre, sont respectivement le bleu, le vert, le jaune, le rouge. Ces apparences, jusqu'ici inexpliquées, ne sont pas sensibles ponr tous les yeux sans exception; elles subsistent à un éclairage monochromatique ou à travers des verres colorés; nous sommes donc en présence d'excitations rétiniennes particulières, indépendantes de la longueur d'onde, et dont il s'agit de restituer le mécanisme.

Si l'on dispose deux disques, mi-blancs, mi-noirs, suivant un axe de symétrie passant par leurs centres, le blanc de l'un se trouvant du même côté de l'axe que le noir de l'autre, et réciproquement; si l'on trace sur chacun des demi-disques blancs des groupes d'arcs de cercle symétriques, on obtient un nouveau toton que j'appelle B, l'autre que j'appelle A, étant le toton de Charles Benham; si l'on fait tourner B dans le même sens que A, la situation des couleurs se renverse pour B, c'est-à dire que B présente du bleu à la périphérie quand A donne du rouge et réciproquement. *Si* A *tourne dans le sens direct et* B *dans le sens rétrograde, ou si* A *tourne dans le sens rétrograde et* B *dans le sens direct, la situation des couleurs est la même dans les deux disques.*

Il nous faut faire ici la généralisation d'une expérience courante : quand l'œil plongé dans la nuit rencontre dans le champ visuel un objet lumineux, il se déplace dans la direction de l'objet afin d'en faire coïncider l'image avec la *fovea*; il se dirige en fait toujours du noir au noir relatif et de ce noir relatif au blanc; d'autre part, c'est à la périphérie du disque qui correspond au maximum d'amplitude des mouvements qu'un œil doué de muscles reposés portera de préférence sa *fovea*. Si nous appliquons ces lois au cas actuel, l'œil parcourra les arcs concentriques du toton (noir relatif pendant la rotation lente) dans un sens particulier que j'appellerai *sens normal du mouvement oculaire* et qui procède, à travers les arcs concentriques extérieurs, du demi-disque noir (noir absolu) au demi-disque blanc. Cette déduction permet de poser la loi précédente sous cette forme plus intéressante : *Quand les disques A et B tournent dans un sens contraire au sens normal du mouvement oculaire, on voit rouge à la périphérie, bleu au centre; quand les sens sont conformes, on voit bleu à la périphérie, rouge au centre.*

Mais on sait que l'œil tend toujours à suivre les déplacements d'un corps dont le mouvement n'est pas trop rapide; il tendra donc à suivre la rotation du disque (c'est toujours à la périphérie du disque, où la vitesse linéaire est maximum, qu'un œil doué de muscles reposés et tendant à l'action portera de préférence sa *fovea*); mais, en même temps, dans le cas où le sens du mouvement oculaire et le sens de rotation du disque sont contraires, cet œil est sollicité dans une direction contraire. Si les deux forces sont égales, il restera fixe : l'image de l'arc concentrique le plus périphérique se peindra sur la *fovea*. Au contraire, dans le cas où il y a concordance entre le sens du mouvement oculaire et le sens de rotation du disque, l'œil se déplacera; il décrira des cercles concentriques, de rayons décroissants jusqu'au centre de rotation; s'il fixe un point, il ne pourra fixer que le centre du disque où le déplacement est insensible; donc, dans ce cas, c'est l'arc le plus central qui excitera la *fovea* et c'est l'arc le plus périphérique qui excitera la périphérie rétinienne.

Or, nous savons qu'en général la *fovea*, relativement aveugle pour le bleu, peu sensible pour le vert, est très sensible au rouge; au contraire, la périphérie rétinienne, relativement aveugle pour le vert et pour le rouge, n'est sensible qu'au bleu : donc, *dans le cas de contradiction entre le sens du mouvement oculaire et le sens de rotation du disque, quand la fovea fixe la périphérie des disques et qu'elle reçoit une excitation quelconque, l'impression consécutive pendant le passage du demi-disque noir ne peut être que rouge; de même, quand la périphérie de la rétine reçoit l'image du centre des disques, l'image consécutive ne peut être que bleue.* Dans le cas de conformité entre les sens du mouvement oculaire et du mouvement du disque, les apparences colorées s'expliquent évidemment de même. Les zones moyennes de la rétine, les plus sensibles au jaune et au vert, donneront une image consécutive verte ou jaune, chaque fois que les éléments sensibles au jaune et au vert auront été excités en majorité. On comprend très bien pourquoi une faible vitesse et le demi-disque noir sont indispensables.

Comme la vitesse *optima*, pour l'apparition des teintes, est constante pour chaque sujet et indépendante dans une très large mesure de la grandeur de l'image rétinienne et de l'éclairage, je fonde sur la connaissance de cette vitesse un indicateur, construit par M. Ph. Pellin, que je place à la base d'un cône multiplicateur ou réducteur de la vitesse inconnue dans un rapport facile à connaître. Au point de vue physiologique, le toton, construit également par M. Ph. Pellin, en zinc, avec pivot très lourd frottant sur plaque de verre, permet de diagnostiquer les différences motrices des différents yeux et peut-être aussi les différences de sensibilité des *fovea*. Pour rendre plus commode la mesure de la vitesse, en vue des études physiologiques, j'échancre dans le demi-disque noir un secteur blanc de 60° : je compte ainsi très facilement, avec un chronomètre à pointage de Redier, le nombre de tours à la seconde (2 en moyenne environ) nécessaire à ces belles manifestations chromatiques. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1896. — Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend : un pli cacheté sur une nouvelle méthode d'organothérapie avec application au traitement de certaines maladies infectieuses, envoyé par le Dr Legrain, de Bougie.

Les bains de mer dans le traitement de la scrofule. — M. Hérard lit un rapport sur un travail lu l'été dernier par le Dr de Valcourt.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Sur 82 votants, majorité 42, M. Pozzi est élu par 54 voix contre 28, données à M. Delorme.

Anesthésie par le gaïacol pour l'application des pointes de feu. — M. Ferrand fait un rapport sur un travail envoyé par le Dr Pize, de Montélimar. On imbibe une compresse de gaïacol liquide et on l'applique pendant 10 minutes à la surface de le peau. On peut alors appliquer les pointes de feu qui, dit l'auteur, sont à peine senties.

Les personnes qui ont conseillé l'emploi du gaïacol à la surface de la peau ont recommandé de ne pas l'employer à une dose supérieure à un centimètre cube, à cause de l'abaissement de température qu'il provoque, abaissement suivi d'une hyperthermie; mais cet effet se produit surtout chez les fébricitants, très peu chez les personnes saines.

La question de l'absorption par la peau a été résolue par la plupart des auteurs dans le sens de la négative. L'emploi du gaïacol montre cependant que l'absorption par la peau est bien réelle.

Il est nécessaire de n'employer que le gaïacol pur, cristallisé, ou plutôt cristallisable, le gaïacol synthétique qui est le seul chimiquement pur ou du moins le seul qui soit toujours identique à lui-même.

Le gaïacol apparaît dans l'urine au bout d'un quart d'heure, cependant l'anesthésie n'est bien acquise qu'après une heure d'application. L'analgésie se produit cependant au bout d'un quart d'heure et l'on peut dès ce moment appliquer les pointes de feu quoique l'anesthésie complète ne doive se produire que trois quarts d'heure plus tard.

Diagnostic précoce de la tuberculose humaine par la tuberculine. — M. Straus présente une note de la part de M. Grasset (de Montpellier) et de son chef de clinique M. Vedel. Les doses injectées dans un but diagnostique par M. Grasset ne dépassent pas un demi-milligramme; elles sont par conséquent tout à fait inoffensives; les doses minimes provoquant cependant, dans plusieurs cas, une réaction fébrile très nette, M. Grasset a pu ainsi porter le diagnostic de tuberculose chez des malades où le diagnostic, sans l'emploi de ce moyen, aurait été bien difficile, sinon impossible : tels deux cas d'induration pulmonaire, sans bacilles dans les crachats, deux cas de méningite (l'une rachidienne, l'autre cérébrale),enfin un cas de maladie d'Addison. M. Grasset, tout en insistant sur l'intérêt des faits signalés par lui, estime qu'ils doivent être confirmés par des recherches nouvelles. Mais il pense dès à présent que l'Académie sera sans doute appelée un jour à rédiger des instructions pour le diagnostic de la tuberculose humaine par la tuberculine, comme elle est appelée à le faire pour le diagnostic de la tuberculose bovine.

Diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. — M. Weber lit un rapport qu'il termine par les conclusions suivantes : La tuberculine est un moyen précieux pour établir le diagnostic de la tuberculose bovine, et il y a tout avantage à recommander son emploi.

Le calomel dans la céphalée persistante. — M. Galliard prescrit 6 doses de 10 centigrammes de calomel; les malades prennent une dose chaque matin. Lorsque après une cure de six jours le résultat n'est pas suffisant, on recommence après un repos de quelques jours.

Remèdes secrets. — M. Hanriot lit, sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets, un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

A 4 h. 1/2, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 février. - Prés. de M. d'Heilly

Tuberculose et urobilinurie. — M. Hayem. M. Hanot, à propos du traitement de la tuberculose par la créosote,

dit qu'il avait observé de l'urobilinurie chez un assez grand nombre de phtisiques de son service et que, d'autre part, chez vingt-huit tuberculeux bien observés, l'urobiline avait diminué ou disparu à la suite de l'administration prolongée des lavements créosotés.

Depuis la dernière séance, j'ai examiné, au point de vue de l'urobilinurie, tous les tuberculeux que j'ai actuellement dans mes salles et qui sont au nombre de vingt-huit. Or, cet examen n'a fait que me confirmer dans cette opinion, déjà ancienne, que l'urobilinurie est très rare dans la tuberculose ordinaire, commune, et qu'on ne l'observe guère qu'au cas où le foie est intéressé (foie gras, foie tuberculeux, alcoolisme, etc.). Depuis 1887, je soutiens l'origine hépatique de l'urobilinurie et rien, depuis, ne m'a paru infirmer cette manière de voir.

M. Chantemesse. Cette pathogénie est absolument confirmée par la pathologie expérimentale. Les chevaux d'expérimentation à l'Institut Pasteur, soumis à l'inoculation de toxines et de virus divers, présentent fréquemment sous le coup des injections de grandes quantités d'urobiline dans l'urine sans avoir de troubles digestifs. Ceux qui succombent ont des dégénérescences graisseuses du foie extrêmement développées.

M. Hanot. Je suis d'accord avec M. Hayem sur le rôle du foie dans la production de l'urobilinurie. C'est surtout chez les tuberculeux dont le foie était touché que j'ai constaté ce phénomène, et c'est à cette catégorie de tuberculeux que j'ai fait allusion.

Fibromatose généralisée (molluscum fibreux). — M. Marie présente un malade chez lequel on trouve, très accusée, la triade symptomatique habituelle de cette affection, à savoir des taches pigmentaires très marquées (sauf à la paume des mains et à la plante des pieds), des tumeurs (endodermiques ou sous-dermiques), et quelques très petits nœvi vasculaires.

M. Marie a vu, l'an passé, deux autres cas de ce genre. La maladie n'est donc pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Aussi est-ce beaucoup moins pour en montrer un nouvel exemple, qu'il présente ce sujet, que pour signaler l'absence totale de nerfs dans les tumeurs très nombreuses les unes molles, les autres dures, dont il est porteur. Cette constatation allant tout à fait à l'encontre de l'opinion de Recklinghausen, M. Marie appelle l'attention de ses collègues sur ce point pour qu'ils fassent des recherches dans des cas semblables. En attendant, il appelle le sien *fibromatose généralisée* et non *neuro-fibromatose*.

Desquammation consécutive à la fièvre typhoïde. — M. Comby. Au dernier Congrès de médecine de Lyon un médecin de cette ville, M. Weill, avait signalé la fréquence des desquammations à la suite de la fièvre typhoïde. Depuis j'ai voulu vérifier le fait et je l'ai trouvé exact dans les 19 cas de fièvre typhoïde infantile que j'ai observés depuis lors. J'ai remarqué, en outre, que ces desquammations de la peau, survenant à la suite de la fièvre typhoïde, succédaient toujours à des sudamina, étaient en rapport direct avec eux (comme intensité), représentaient plutôt un élément de pronostic favorable — tout comme les sudamina — et qu'elles étaient, enfin, indépendantes du traitement employé.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Talamon. Je ne puis laisser passer sans protestation la note communiquée par M. Dieulafoy dans l'avant-dernière séance de la Société médicale des hôpitaux sur la théorie pathogénique de l'appendicite.

Dans cette note, M. Dieulafoy avance que, d'après les recherches auxquelles il s'est livré, « il a pu édifier la théorie de l'appendicite par *cavité close* chez l'homme ».

Or, dès 1882, dans une communication faite à la Société anatomique j'ai proposé cette explication des phénomènes de l'appendicite et cela dans des termes que je me permets de rappeler à la Société.

« Les scybales, disais-je (*Bull. soc. anat.*, mars 1882 et *Progrès médical*, 16 décembre 1882), engagées dans l'appendice par quelque contraction intempestive du cæcum y ont pénétré à frottement et se sont enclavées à la partie supérieure de l'étroit canal. De là deux conséquences : d'une part, elles ont fermé à la manière d'un bouchon l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cæcum ; de l'autre, par suite de leur diamètre trois ou quatre fois plus considérable que la lumière du canal, elles ont exercé une compression sur les parois de l'appendice et gêné de toutes façons la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice supérieur a eu pour résultat l'accumulation des produits de sécrétion et la distension de l'appendice. Or, à la surface de la muqueuse intestinale, existent en permanence des germes de bactéries qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se multiplier à l'infini. Quelle meilleure condition peut leur être fournie que cette stagnation subite d'un liquide alcalin et essentiellement fermentescible ? Aussi les bactéries ont-elles pullulé dans l'appendice oblitéré et dilaté *comme dans un vase clos*.

« Mais ce n'est pas tout : cette pullulation n'aurait pas eu d'inconvénients immédiats si les parois de l'appendice avaient conservé leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques vivants et bien nourris à la pénétration des bactéries est pour ainsi dire invincible. Mais cette bonne nutrition et par suite cette résistance sont exactement proportionnelles à l'activité de la circulation sanguine. Or, nous l'avons vu, les corps étrangers enclavés dans la lumière étroite de l'appendice comprimaient ses parois et entravaient la circulation de ses canaux vasculaires. La nutrition des éléments des diverses tuniques de l'intestin se trouvait donc ralentie et leur résistance vitale affaiblie au minimum. Les bactéries, inoffensives à l'état normal et impuissantes contre des éléments sains, ont triomphé sans peine de ces éléments séparés de leur liquide nourricier, y ont pullulé de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice, et par deux points ont réussi enfin à faire irruption dans le péritoine dont elles ont provoqué l'inflammation générale. »

Telle est l'idée première de la théorie de l'appendicite par *cavité close*. Je crois qu'elle est suffisamment explicite aussi bien au point de vue de la stagnation du liquide dans l'appendice dilaté et oblitéré qu'au point de vue du rôle actif des microbes de l'intestin.

Cette idée, je l'ai reprise et développée en 1890 dans une série d'articles de *la Médecine moderne* et en 1891 dans mon travail *L'appendicite et la périlyphlite*, publié dans la bibliothèque médicale Charcot-Debove. J'ai montré comment, suivant le degré de constriction exercée sur les parois, suivant la qualité des microbes emprisonnés dans l'appendice, suivant leur virulence, l'intensité du processus inflammatoire peut varier depuis la simple inflammation

exsudative jusqu'à la perforation limitée ou la gangrène totale de l'appendice.

Pour mieux préciser mon idée, j'ai comparé les accidents de l'appendicite à ceux de la lithiase biliaire et pour en montrer les analogies j'ai créé le mot de *colique appendiculaire.*

Je ne vois pas en quoi cette théorie pathogénique diffère de celle qu'a « édifiée » M. Dieulafoy. Que M. Dieulafoy ait trouvé juste et approuvé mon hypothèse, j'en suis certainement très flatté. Mais qu'il pousse l'approbation jusqu'à l'appropriation, et qu'il donne comme sienne en 1896 une idée formulée dès 1882 dans les termes que je viens de reproduire et longuement développée en 1890, c'est là une prétention dont ce simple rapprochement de dates doit suffire à faire justice.

Abcès sous-cutanés à pneumocoques. — MM. Louis Guinon et Bureau. Nous avons observé, aux mois de décembre et de janvier, 2 cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques, développés à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pleuro-pneumonie grave.

Ces malades étaient deux adultes peu vigoureux ; l'un avait une pneumonie double, l'autre une pneumonie massive du côté droit ; tous deux furent plongés pendant plusieurs jours dans un état grave, adynamique, ils furent traités par les enveloppements froids, l'alcool et les injections de caféine. Tous deux, au moment où la température commençait à baisser, présentèrent une pleurésie purulente droite à pneumocoques, qui nécessita l'intervention chirurgicale. Ces abcès ne furent reconnus que quelques jours après leur début ; ils étaient peu douloureux ; leur volume variant de celui d'une noix à celui du poing, ils guérirent très rapidement, sans drainage, après une simple incision. Le pus était verdâtre, épais, et contenait à l'état de pureté des pneumocoques très virulents. Ces cas sont comparables à ceux communiqués à la Société de biologie, par MM. Zuber et Méry.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 fév. Présid. de M. Ladreit de Lacharrière.

La séance est ouverte à 4 heures un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. A propos du procès-verbal, M. Rougon déclare qu'il n'a pas pris part à la discussion sur le traité de publicité avec le journal *La Liberté*, et M. de Beauvais déclare y avoir pris part et demande que son nom soit ajouté à ceux des membres qui ont pris la parole pendant cette discussion.

A propos du centenaire, M. Duroziez demande si le banquet doit avoir lieu le dimanche ou le lundi. M. le Président rappelle qu'on a décidé en séance que le banquet aura lieu le dimanche 22 mars.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Bulletin d'oculistique.*

Correspondance manuscrite. — Quelques lettres d'adhésion aux fêtes du Centenaire. — Lettre du Directeur du journal *La Liberté* acceptant la proposition faite par le Président pour la publication des procès-verbaux des séances. — Lettre de M. Bertillon, directeur de la statistique à la Préfecture de la Seine, demandant des renseignements sur la Société pour l'établissement de la statistique des sociétés savantes. — Lettre de M. Bouloumié s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Jullien adresse à la Société des remerciements pour sa nomination comme secrétaire général.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Pasquier (d'Evreux), membre correspondant.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Cazin. — M. Guépin. Messieurs, M. Cazin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-dieu, docteur ès-ciences naturelles, à qui vous avez récemment décerné le prix Duparcque avec le titre de Lauréat de la Société de médecine de Paris, pour un remarquable mémoire sur les sarcômes déciduaux, a sollicité vos suffrages, demandant à faire partie de notre Société, et dans la dernière séance, à l'appui de sa candidature au titulariat, vous a lu un travail inédit sur les *Kystes du vagin.*

Cliniquement connus depuis longtemps, mais obscurs dans leur pathogénie, les kystes du vagin ont inspiré de nombreux travaux. Leur origine, diversement interprétée, serait glandulaire pour les uns, tandis que pour les autres, ils auraient pour point de départ un hygroma professionnel ou accidentel, un épanchement sanguin ou séreux sous la muqueuse vaginale, une dilatation anormale des vaisseaux lymphatiques. Dans ces dernières années, l'étude histologique de plusieurs de ces kystes est venue appuyer l'hypothèse qui les fait provenir des débris du canal de Wolff. Sans vouloir généraliser d'une façon peut-être excessive cette pathogénie, M. Cazin rapporte deux observations complètes, où l'examen microscopique des parois du kyste justifiait l'origine Wolffienne, que l'on tend de plus en plus à leur reconnaître. Dans la première observation, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, portant une tumeur vulvaire, ayant provoqué au moment de sa seconde couche quelques difficultés dans la sortie du fœtus. Cette tumeur, du volume d'une mandarine, faisait saillie à la vulve quand la malade était restée longtemps debout et rentrait facilement dans le vagin. Recouverte d'une muqueuse saine, adhérente sur une petite étendue, molle, fluctuante, irréductible, sans battements, située dans la paroi postérieure du vagin et développée surtout à gauche, elle s'arrêtait en bas à un travers de doigt de la vulve et remontait presque à la hauteur de l'extrémité inférieure du col utérin. L'ablation du kyste, faite par le Dr Duplay avec la portion de muqueuse adhérente, fut suivie de guérison en quelques jours.

L'examen histologique d'une coupe de l'épaisseur de la paroi vaginale jusqu'à la cavité du kyste montra, de dedans en dehors, une couche unique d'épitélium prismatique, une zône conjonctive sous-épithéliale recouverte elle-même de deux plans de fibres musculaires lisses. Enfin, séparée des couches précédentes par une faible quantité de tissu conjonctif, la paroi vaginale avec des fibres musculaires, le tissu sous-muqueux et la muqueuse, le tout absolument normal.

Dans la seconde observation, il y avait deux kystes vaginaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le kyste postérieur a seul été examiné. Il présentait les mêmes caractères histologiques que le précédent.

M. Cazin, après avoir fait remarquer que les résultats de ces examens sont conformes, à ceux qu'ont obtenus dans des cas analogues MM. Poupinel, Schwartz, etc., conclut com-

me eux à l'origine wolffienne et au point de départ dans les canaux de Gaertner de la plupart des kystes du vagin. L'accolement des replis de la muqueuse, le développement du kyste aux dépens des glandes (dont la présence est, en général, non admise dans cette région) ne peuvent guère être invoqués. La théorie de l'hygroma origine du kyste a encore besoin de s'appuyer sur des examens histologiques indiscutables.

L'intérêt de ce travail, dont vous avez entendu la lecture, n'a pas besoin d'être mis en lumière. L'érudition de l'auteur tout autant que la précision de son langage, le soin et l'expérience apportés dans ses examens histologiques, comme la modération même qu'il conserve dans l'affirmation de ses idées dans la discussion, ne pouvaient nous échapper. M. Cazin est d'ailleurs depuis longtemps déjà connu de nous. Ses travaux faits en collaboration avec M. le Dr Duplay : *Recherches expérimentales sur les atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations*, 1895; *Recherches sur la nature parasitaire du cancer*, 1891 (Congrès de Londres), 1894 (Congrès de Rome), 1894 (Congrès de Budapesth), etc., ont permis d'apprécier ses qualités d'histologiste et de clinicien. Je citerai encore, parmi de très nombreux mémoires intéressants, une *Contribution à l'étude des dégénérescences cellulaires*, 1890; une *Étude sur un nouveau procédé de suture intestinale*, 1895 (en collaboration avec M. le Dr Duplay) et des communications diverses à la Société anatomique, à l'Académie des Sciences, etc.

La commission composée de MM. Polaillon, Dubuc, et A. Guépin rapporteur, à qui vous avez confié le soin d'examiner les titres de M. le Dr Cazin, n'a pu prendre connaissance que du plus petit nombre d'entre eux. Mais leur valeur et leur diffusion sont telles que d'avance, elle souhaitait de voir M. Cazin faire partie de notre Société, et qu'elle vous propose, par un vote unanime, de lui conférer le titulariat.

M. Duroziez demande si la question des atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations appartient exclusivement à M. Cazin.

M. Guépin répond négativement et cite le titre du mémoire qui est exactement : *Recherches expérimentales sur les atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations* (1891) Ce titre seul dit bien que les auteurs (Duplay et Cazin) ne prétendent pas aborder un sujet non encore étudié, mais éclairer une partie de la question. On sait d'ailleurs que la thèse de Valtat (Paris 1877) a été inspirée par Le Fort.

M. Jullien. J'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux une pièce moulée avec le plus grand talent par M. Jumelin et qui représente un kyste du vagin.

Je l'ai observé dans mon service à Saint-Lazare, sur une femme de 17 ans, envoyée à l'infirmerie pour une vaginite. Sur la gauche du col utérin, la muqueuse du cul-de-sac latéral porte une saillie allongée d'avant en arrière, d'une longueur de 2 centim. 1/2, large de moitié, d'une teinte gris jaunâtre, ayant un peu l'aspect d'un grain de raisin, mais absolument sessile. Impossible de savoir à quand remontait le début de ce mal que la jeune fille ignorait, n'en pouvant constater l'existence par aucun signe.

Je l'incisai, en fis sortir un liquide épais visqueux, de teinte jaunâtre, et après un pansement à l'iodoforme de quelques jours, tout avait disparu.

Dans ce cas particulier, la pathogénie ne peut donner prise à de grandes discussions; j'élimine tout d'abord l'hypothèse de Courty, celle des kystes de nature professionelle, genre hygroma, par ce que je ne trouve aucun des caractères de ces sortes de collections. Où siègent-elles habituellement, dans le tissu sous-tégumentaire, dans la région où le glissement des mailles cellulaires s'opère sous l'influence des frottements; c'est ce que nous voyons se produire au niveau de la rotule, de l'olécrâne; or, chez notre malade, la lésion est intra-muqueuse, on en avait l'impression au premier aspect, et je pus m'en convaincre au moment de l'opération. Cela se passe très superficiellement en somme, dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse le cul-de-sac ; on remarquera d'ailleurs que le sujet de mon observation est une toute jeune femme, qui ne se livrait que depuis peu de temps à la prostitution. Or les stigmates professionnels ne s'établissent généralement qu'au bout de plusieurs années.

Sans contester l'origine Rosenmullerienne de plus en plus probable pour la majorité des tumeurs kystiques vaginales, mais inadmissible pour un mal aussi peu profond que celui qui nous occupe, nous serions amenés à l'idée d'une ectasie glandulaire, si l'anatomie ne nous avait appris l'absence des glandes dans cette région. Dans ces conditions, ce qui nous semble le plus rationnel est de nous rallier à l'opinion de Pozzi qui admet la formation de cryptes à la surface de la muqueuse, et dans cette cavité accidentelle la lente accumulation de liquide. Je crois que cette hypothèse répond aux caractères cliniques avec une suffisante clarté, et je l'accepte parce qu'elle autorise la seule explication logique par un accident survenu à la surface de la muqueuse, en attendant que peut-être l'anatomie nous accorde les éléments glandulaires qu'elle nous refuse aujourd'hui

Rapport sur la candidature de M. le Dr Delmas. — M. Censier. M. le Dr Delmas, ancien interne et ancien moniteur d'accouchements des hôpitaux de Bordeaux, aujourd'hui médecin des Thermes de Dax (Landes), a envoyé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, en outre du travail manuscrit dont il a été fait lecture dans la dernière séance, deux brochures dont je dois d'abord vous dire quelques mots.

La première, *Influence de la variole des parents sur l'état de réceptivité des enfants à l'égard de la vaccine*, est un extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*; elle est signée de deux noms: Dr Auché, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux de cette ville, et Delmas, interne des hôpitaux.

Au fait de cette double signature, vous accorderez certainement la preuve de l'estime du maître pour l'élève, et de la part que ce dernier a prise aux recherches et aux expériences sur lesquelles s'appuie le travail.

Voulant contrôler les expériences sur l'immunité, instituées par M. Toussaint, sur la bactérie charbonneuse, par MM. Gley et Charrin sur le bacille pyocyanique, les auteurs se sont placés au point de vue purement clinique, en s'adressant à une affection qu'on peut toujours diagnostiquer rétrospectivement : la variole; leur critérium est la vaccination de l'enfant et des parents; leurs expériences ont porté sur les cas suivants :

1° Ceux dans lesquels le père a été atteint de la variole;

2° Ceux dans lesquels la mère a été frappée avant la conception :

3° Ceux où le père et la mère ont eu tous deux la variole;

4° Ceux dans lesquels la mère est prise de variole pendant la grossesse.

L'expérimentation est rigoureusement exacte, les faits sont discutés sans parti pris et donnés avec leur valeur véritable, mais vouloir analyser ce travail serait le reproduire presque en entier, nous devons passer aux œuvres personnelles de M. Delmas.

D'abord sa thèse, soutenue en 1895, sous le titre: *Etude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale*, dont il a recueilli les documents dans le service d'isolement de la Maternité, où il a passé une année d'internat.

Là, il a été frappé de ce fait que, quelqu'ait été la variété de septicémie puerpérale, quelque bénignes qu'aient été les atteintes du mal, il voyait bien souvent les anciennes malades venir réclamer un soulagement pour une affection qui n'existait pas avant leur accouchement, soit des douleurs vagues irradiées dans l'abdomen, soit d'autres phénomènes morbides rangés sous le nom de neurasthénie ou d'hystérie, et ayant manifestement leur point de départ dans l'utérus; d'autres fois, enfin, des symptômes de douleurs et de lassitude physique et intellectuelle, résultant de déviations internes; c'est de ces dernières qu'il s'est attaché à faire une étude spéciale.

Après une revue d'anatomie générale utérine et périutérine, M. Delmas aborde la pathogénie et l'étude du mécanisme par lequel se produit la déviation utérine consécutive à la fièvre puerpérale, en ne considérant, suivant l'opinion de M. Pozzi, comme déviations utérines que les déplacements qui se produisent suivant les plans verticaux, flexions et versions.

Il prend l'infection à son début, admet l'état local, invasion périutérine à la suite d'une lymphangite, sans altération générale préalable, la preuve en étant donnée par la nécropsie qui montre que les petits foyers de suppuration périutérine sont constitués par les lymphatiques distendus. C'est donc par cette voie des lymphatiques que le microbe vient envahir le ligament large, produisant le phlegmon de ce ligament, la paramétrite, la périmétrite, et poursuivre sa marche jusqu'au péritoine pour faire la pélvi-péritonite, la péritonite généralisée.

L'inflammation secondaire du tissu cellulaire périutérin dans lequel rampent les lymphatiques est l'agent des déviations que M. Delmas appelle *par adhérences directes*: adhérences des deux feuillets des ligaments larges, brides péritonéales le tout suivi des rétractions cicatricielles; ou de celles qu'il dénomme *par adhérences indirectes*: distension du ligament large par une collection purulente, refoulement de l'utérus, lymphangite périntérine du côté du refoulement, organisation des adhérences de ce côté plus rapidement que du côté primitivement atteint, fixation de la déviation, encore après rétruction cicatricielle.

M. Delmas ne se borne pas à observer, il contrôle par l'expérimentation sur des lapines auxquelles il pratique des injections de sérum artificiel mélangé à des lochies et il reconnaît la marche des phénomènes de l'inflammation ainsi provoquée dans l'ordre décrit ci-dessus.

Reste un troisième mode de production de déviations par péritonite et ses diverses variétés, surtout la pélvi-péritonite limitée. Le péritoine, dans sa lutte contre l'invasion infectieuse, organise la défense, et tend à localiser l'ennemi en l'enserrant par des adhérences nombreuses que des rétractions postérieures transformeront en agent de fixation en déviation de l'utérus

L'auteur ne touche donc pas au fait des déviations utérines par relâchement des agents de fixité normale; pour lui, toute déviation consécutive à une infection puerpérale est une déviation consolidée par des adhérences, et, qu'il y ait eu ou non refoulement de l'organe dès le début des phénomènes inflammatoires, augmentée progressivement par le processus de rétraction cicatricielle.

Aussi, dans tous les cas, ne peut-il accorder au traitement non sanglant que le pouvoir d'améliorer plus ou moins ces malades, le traitement chirurgical sanglant étant seul capable de les guérir.

En passant en revue les divers moyens de traitement, nous voyons M. Delmas citer un long article de la *Semaine médicale* du 14 juin 1893, dans lequel est exposée, d'après M. le Dr Duhrssen, privat-docent de la Faculté de médecine de Berlin, la méthode thérapeutique par les eaux chlorurées et les boues minérales pratiquée spécialement dans la station allemande de Franzensbad, l'auteur adjuge à cette cure minéro-thermale des résultats divers, mais favorables dans la grande majorité des cas, même lorsqu'il y a des adhérences organisées et vascularisées, dont il va jusqu'à admettre la résorption possible; si elles persistent, tout au moins ne sont-elles plus douloureuses à la pression, ni pendant la marche, résultat dû surtout à la guérison de l'endométrite concomitante. Pour le traitement de cette dernière M. Duhrssen déclare nécessaires les cautérisations pendant la cure thermale.

Ce sont donc des résultats très discutables quant à la part à accorder à chaque élément du traitement, M. Delmas ne leur reconnait d'ailleurs que peu de valeur.

Cependant la question des boues minérales l'intéresse tout particulièrement, mais il a voulu donner, dans son travail manuscrit, un des points les plus intéressants de cette thérapeutique en l'intitulant: *Du traitement des affections chroniques articulaires par les applications locales des boues.*

Aujourd'hui médecin des Thermes de Dax, il peut nous apporter sur la valeur de ce traitement des renseignements d'autant plus précis qu'il puise à bonne source dans la longue pratique de M. le Dr D. Delmas père.

La station de Dax, l'*Aquæ Tobellicæ* des Romains, qui était restée longtemps dans le plus regrettable délaissement, a repris depuis plusieurs années une vie nouvelle, grâce aux efforts des médecins qui y exercent?

La ville est bâtie au-dessus d'une importante nappe hyperthermale qui se fait jour par plusieurs sources sulfatées mixtes, hyperthermales jusqu'à 60° pour certaines; de l'infiltration par ces eaux du limon déposé par l'Adour résulte la confection des boues dans lesquelles à la minéralisation vient s'ajouter la production rapide d'une abondante végétation cryptogamique spéciale.

Plusieurs établissements donnent des bains d'eau thermale ou emploient les boues en bains ou en applications locales, les principaux sont ceux des Baiquots et des Thermes. Ce dernier a été fondé sous l'initiative première d'une Société qui acheta en 1863 le terrain au génie militaire, mais qui, malgré l'activité de son gérant, M. le Dr Blanchet, se brisa devant des difficultés d'ordre extérieur et aboutit à la laillite à la suite de laquelle MM. les Drs La-

rausa et Delmas père purent reprendre les travaux et terminer l'établissement qui existe aujourd'hui.

Dans son manuscrit, M Maurice Delmas nous donne la technique très détaillée des applications locales de boues auxquelles il s'est soumis lui même pour en bien connaître les effets. Le point important est de concentrer sur la région que l'on veut traiter une chaleur précise et faire que cette température ne varie pas pendant tout le temps que doit durer une séance. Pour cela on procède par applications successives de couches de boues de deux à trois centimètres d'épaisseur, en commençant au degré prescrit, en augmentant ensuite de un degré par couche : couche d'application pour la première, couche de conservation pour la deuxième, couche de protection antérieure pour la troisième, et ce nombre est suffisant pour une séance de vingt minutes ; pour une durée plus longue on ajoute une couche par dix minutes ; à la fin de la séance un bain ou une douche locale, généralement à température d'abord hyperthermale puis progressivement descendant, opère le lavage dela région.

Le traitement peut se compléter suivant le cas par le massage, l'électricité, la sudation ; il y a alors un ensemble de moyens qui peuvent arriver à une très grande énergie et qui demandent beaucoup d'entente et une surveillance active.

L'action physiologique de l'application locale des boues, que M. Delmas a étudiée sur ses malades et sur lui-même, passe par trois stades, d'abord de chaleur intense (l'application se fait suivant les régions entre 40° et 46°) qui dure trois à quatre minutes ; puis d'engourdissement avec sensation de fraîcheur générale par contraction du système capillaire cutané pendant une durée de six à huit minutes ; enfin d'excitation calorifique plus ou moins intense par action réflexe se transmettant de la partie soumise à l'hyperthermalité jusqu'au système nerveux central. Souvent la malade éprouve une transpiration générale abondante.

On voit donc que ce traitement produit des réactions locales, profondes et énergiques qui peuvent être très favorables dans les maladies articulaires caractérisées par la production d'exsudats dont M. Delmas nous dit que la résorption se fait avec la plus grande rapidité ; il lui reconnaît également une très grande efficacité dans les diverses manifestations du rhumatisme articulaire chronique polyarticulaire, déformant, des rhumatismes blennorrhagiques, infectieux ; dans les ankyloses, les contractures, les fractures ou luxations anciennes, et les maladies des nerfs périphériques et en particulier la sciatique.

Mais il se produit aussi des réactions générales très vives qui imposent la nécessité de conformer la prescription à l'âge, au sexe, à la constitution du malade et à sa sensibilité individuelle, et aussi d'établir des contre-indications formelles que M. Delmas nous dit être : les affections tuberculeuses, les maladies de l'encéphale, les affections médullaires, l'ataxie locomotrice.

Or, nous trouvons ici un point de désaccord entre les médecins de Dax dont certains prétendent au contraire avoir observé des cas où les douleurs fulgurantes avaient été calmées par les bains de boues. La différence de l'intervention, applications locales ou bains, suffit-elle pour expliquer une contradiction simplement apparente ?

Devant une affection aussi désespérante pour la thérapeutique, et où la médecine thermale revendique tout au moins certains bénéfices, il nous semble que la question vaudrait la peine d'être discutée et nous serions heureux de voir nos confrères de Dax se mettre d'accord en vue d'une indication ou contre-indication bien nette.

Quant aux cardiaques, M. Delmas les veut justiciables des applications locales facilement supportées lorsque les bains ne peuvent l'être ; tout au moins nous semble-t-il qu'on doive encore agir en ce cas avec prudence étant données la légère élévation de température générale, l'accélération du pouls et la réaction vive sur le système nerveux central. Mais avec ces quelques réserves nous reconnaissons qu'il y a dans les applications locales de boues un très heureux élément de traitement pour certains cardiaques auxquels le bain est interdit, bien que sous ce rapport encore il y ait eu une exagération longtemps admise et dont l'observation commence heureusement à faire justice.

Il y a donc dans la pratique de Dax matière à de sérieuses et utiles études, comme celle dont M. Delmas nous donne aujourd'hui les prémices. En l'admettant au nombre de ses membres correspondants, la Société de médecine nous paraît donc s'assurer le concours d'un confrère dont la place est toute marquée dans leurs rangs.

M. Duroziez pense que la prudence conseillée par M. Delmas au point de vue des cardiaques explique l'idée que les maladies du cœur sont une contre-indication au traitement.

M Martin Durr, pour confirmer cette opinion, dit avoir vu un médecin de Dax qui refuse absolument les malades cardiaques et ceux atteints de rhumatisme aigu.

M. Tissier cite le cas d'un malade qui est allé aux boues de Saint-Amand pour un rhumatisme ; avant son départ, il n'avait jamais eu d'accident du côté du cœur, il est revenu de Saint-Amand au bout de 10 jours avec un souffle bien caractérisé. Doit-on attribuer l'apparition de cette lésion au traitement par les boues ?

M Ladreit de Lacharrière fait remarquer que le traitement de Saint-Amand diffère de celui de Dax. A Dax, on pratique les applications locales ; à Saint-Amand on fait une immersion complète, c'est en somme un bain complet, qui peut produire une excitation intense du système circulatoire et nerveux et faire naître des lésions.

M. Duroziez est toujours partisan de l'opinion émise autrefois que quand la goutte est aux pieds, on doit la laisser tranquille. Il pense tout au moins qu'on doit en tout cas s'inquiéter du cœur et le protéger. Si, avec le salicylate de soude, on supprime les accès, ne s'inquiète-t-on pas toujours de savoir ce qu'en pense le cœur. Bouillaud, autrefois, faisait sur les rhumatismes des membres des excitations périphériques intenses qui pouvaient protéger le cœur. M. Duroziez déclare que le rhumatisme de la jambe est bien différent du rhumatisme de l'épaule et surtout de l'épaule gauche, et il se demande si l'on doit tant se hâter de débarrasser du rhumatisme les jambes.

M. de Ranse rappelle que le traitement des cardiaques par les eaux minérales a été souvent et longuement discuté. On a fait d'abord des affections cardiaques une contre-indication absolue au traitement thermal, puis peu à peu on s'est hasardé, on a constaté que les cardiaques supportaient bien le traitement, et on a même institué à Bagnoles un traitement spécial pour eux. Cependant le plus grande prudence s'impose ; les eaux minérales ont une action lente qui donne tout le temps de surveiller le malade. Aussi à Néris, M. de Ranse a eu un malade qui avait eu des acci-

dents cérébraux et cardiaques ; le malade a bien supporté le traitement, il a présenté quelques poussées du côté de son cœur, mais en agissant avec prudence, il a pu néanmoins terminer sa cure, et a tiré de son traitement un résultat favorable.

M. Dubuc cite le fait de M. de Bosia qui obtient à Bourbon-Lancy des résultats très favorables avec les cardiaques, surtout avec les artério-scléreux.

M. Martin-Durr estime que les cardiaques ne peuvent être envoyés indifféremment à toute station thermale.

M. Duroziez n'a peur que des poisons. Il accepte volontiers les eaux ou plus généralement l'eau, qui souvent est supérieure à la digitale. Mais il faut se laisser diriger par les malades, et ne pas insister, s'ils ne supportent pas le traitement. Il ne faut pas persister à donner aux cardiaques des bains, dans lesquels ils étouffent, mais s'en tenir aux demi-bains, ou simplement aux ablutions.

M. de Ranse est d'avis qu'on peut donner des bains aux cardiaques, mais il faut savoir les leur donner en commençant par des bains courts dont on augmente progressivement la durée et la température. De cette façon, il y a une accoutumance qui empêche les accidents.

M. Jullien demande si l'on connaît des cas d'accidents graves, tels que la mort subite, survenus sous la douche.

M. Leudet cite un médecin de Royat, le Dr Laussedat, qui a rapporté deux observations d'accidents graves survenus sous la douche; un de ces deux malades est tombé, on l'a cru mort, mais ce n'était qu'une syncope. Il ne connaît pas d'accidents mortels.

M. de Ranse ne donne pas de douches. Il cite deux malades de Néris qui sont morts, non pas pendant leur traitement, non pas à la suite d'un bain ou d'une douche, mais à la fin de leur traitement. Il est vrai que c'étaient des malades qui s'étaient soignés seuls, et qui avaient abusé des bains chauds et des douches.

Comme conclusion à cette discussion, M. Leudet déclare que tous les hydrologistes sont d'accord pour soigner les malades quoique cardiaques, mais non pas parce qu'ils sont cardiaques, et il estime que souvent ces malades sont améliorés non seulement du côté de l'affection générale pour laquelle ils ont suivi le traitement, mais aussi du côté du cœur.

M. Martin-Durr émet la même conclusion en d'autres termes : on ne doit pas envoyer aux eaux un malade atteint d'une maladie de cœur; mais on peut y envoyer un malade atteint d'une affection susceptible d'une cure thermale, même si cette affection est compliquée ou doublée d'une maladie de cœur, et dans ce cas le traitement doit être fait avec prudence,

M. Christian rend compte de l'étude qu'il a faite du mémoire sur les travaux de la Faculté impériale du Japon, mémoire reçu par la Société à la dernière séance. Ce mémoire, écrit en allemand est allemand non seulement par la forme, mais par le fond même, et l'on dirait qu'il émane d'une faculté allemande établie au Japon. Il est intéressant et montre que les Japonais sont très avancés dans l'art médical, et surtout très forts en micrographie et en bactériologie.

M, Christian insiste surtout sur l'intérêt que présente un rapport sur une épidémie de peste à Hong-Kong.

Sur une question de M. Brossard relative aux dates des séances du mois de mars, la Société décide qu'elle conservera pour ses séances de mars les dates réglementaires du 14 et du 28, et que la séance du centenaire, le 21 mars, sera une séance supplémentaire.

La séance est levée à 5 h. 40.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1896.—Présidence de M. Ch. Monod

Traitement de l'hallux valgus. — M. Kirmisson. Cette affection, caractérisée par une déviation en dehors du gros orteil, est d'ordinaire fort gênante et difficile à corriger. M. Delbet nous a présenté une observation dans laquelle, après une incision circonscrivant une bourse séreuse accidentelle et ayant excisé cette bourse, il ouvrit largement l'articulation et fit une résection partielle de la tête du premier métatarsien. Malgré la résection de l'exostose métatarsienne, il ne put obtenir la réduction de la déviation. Il fit alors une fixation du tendon de l'extenseur du gros orteil, au moyen d'un lambeau dorsal périostique, de façon à faire une sorte de gaine périostique au tendon. L'orteil se maintint ainsi facilement, sans qu'il fut nécessaire même de mettre un appareil immobilisateur.

La malade fut revue 4 mois après. Les orteils s'étaient maintenus merveilleusement guéris.

On avait proposé de reséquer la phalange et de respecter le métatarsien.

J. Reverdin préférait faire une ostéotomie du métatarsien, en respectant l'articulation elle-même. Mais on laisse ainsi les lésions arthritiques de l'articulation.

M. Delbet fait la résection partielle du métatarsien, sans priver le pied du point d'appui de la tête du premier métatarsien. Mais le côté personnel de son procédé est la gaine vagino-périostique du tendon. — Cet objectif me paraît légitime. Si la rétraction tendineuse n'est pas la cause majeure de l'hallux valgus, l'extenseur du gros orteil forme une véritable corde qui contribue à maintenir la déviation.

J'ai proposé et fait la ténotomie, mais il y a à craindre de voir ainsi persister une impotence de l'extenseur. Aussi le procédé de M. Delbet, dans le cas où il y aura des altérations osseuses de la tête du métatarsien, devra-t-il être employé préférablement ?

M. Poirier. La pathogénie de l'hallux vulgus doit être le port de chaussures trop courtes, et la rétraction du tendon de l'extenseur n'a qu'un rôle secondaire. C'est, de plus, le chef interne du pédieux qui peut jouer un rôle dans la déviation et la section de l'extenseur du gros orteil seul ne constitue qu'une intervention incomplète.

M. Regnier. J'ai fait depuis longtemps des opérations d'hallux valgus et surtout après le travail d'Ogston. J'en ai fait chez des gens jeunes, chez gens âgés. J'en ai fait tantôt en ouvrant l'articulation, tantôt sans l'ouvrir. Chez les gens jeunes, la rétraction du tendon a une plus grande importance, tandis que chez les gens âgés il se produit une sorte d'arthrite avec lésions du côté de la bourse séreuse.

Chez les enfants, il peut sans doute se présenter des troubles fonctionnels congénitaux des muscles.

La résection du métatarsien donne des résultats bien préférables à l'ouverture de l'articulation.

M. Marchand. Je crois que la résection de la tête du métatarsien, sans section du tendon, suffit largement pour obtenir le redressement du gros orteil en hallux valgus.

M. Felizet. Chez les adultes et les enfants, l'hallux valgus est tout différent. Chez les enfants on peut trouver une malformation de la tête du métatarsien que je ne saurais mieux comparer qu'à celle du genre valgus et dans ce cas une simple attelle peut suffire à redresser l'orteil.

M. Schwartz. J'ai fait un certain nombre d'hallux valgus. Comme l'a dit M. Reynier, il faut distinguer les adultes des vieillards. Chez les uns déviation sans grande hyperostose ; chez les autres, au contraire, grosse déformation osseuse. Dans les premiers on peut se contenter d'une simple ostéotomie uniforme. Dans les seconds j'ai fait la résection de la tête. Je n'ai jamais eu l'occasion de faire une section des tendons de l'extenseur.

M. Monod. Presque toujours il est nécessaire de faire la résection de la tête. Mais certainement à ce que dit M. Schwartz, j'ai eu un cas où, malgré la section de l'extenseur du pédium, je n'obtenais rien et je dus sectionner les adducteurs obliques du gros orteil.

De la sérumthérapie primitive dans le traitement du tétanos. — M. Bazy. J'ai eu à observer après mon arrivée à Bicêtre un cas de tétanos chez un charretier atteint d'une grande plaie souillée de terre. Quelque temps après, je vis deux autres traumatismes qui furent suivis de la même complication. Les trois malades ont succombé rapidement. Un quatrième cas pouvait être appelé un tétanos spontané, qui succomba au 5e jour. Ces 4 cas provenaient du dehors.

Depuis ce temps j'ai appliqué le traitement préventif et, malgré la présence de plaies prédisposantes au tétanos, je n'ai eu aucun cas. Dès l'entrée du malade, je faisais une injection de 0,10 centigrammes d'antitoxine tétanique, j'en ai fait ainsi 25, et chez aucun ne survint un incident quelconque.

La coïncidence peut m'être opposée, mais n'est-il pas curieux qu'après avoir vu quatre cas de tétanos en un an, je n'en vis plus un seul depuis le jour où j'ai employé les injections de sérum.

M. Lucas-Championnière. En art vétérinaire, il y a une sorte de tant pour 100 dans certaines opérations; aussi est-il possible de conclure quand on voit disparaître le tétanos après les injections de sérum. Mais est-il possible d'en dire autant chez l'homme ?— Il n'y a, je le crois encore, qu'un encouragement, et il est peu tentant de faire préventivement des injections, étant donné la rareté du tétanos.

M. Berger. En Italie, on a obtenu ainsi qu'en Angleterre un certain nombre d'insuccès après les injections de sérum antitétanique. Mais en France, nous avons une série d'insuccès constants, sauf le cas de M. Lucas-Championnière.

Les résultats expérimentaux ont toujours été défavorables aussi. Donc, au point de vue de la méthode curative, insuccès constant à Paris, succès à l'étranger. Ce dernier résultat peut donc nous encourager à essayer encore. Mais quand nous serons en présence d'un tétanos, je pense encore que, si la chose est possible il faut le plus rapidement possible pratiquer l'amputation du segment du membre où siége la plaie origine du tétanos.

Nouvelle aiguille à suture. — Présentation d'instrument par M. Segond.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Conseil général des Sociétés médicales.

Séance du lundi 10 fév. 1896. — Présidence du Dr Tapie.

Etaient présents : MM. les Drs Kuhff Ier; Debierre, IIIe arr. Dauchez, Genesteix, VIe; Toledano, VIIe; Le Pileur, VIIIe; Jamin, IXe; Mercier, Xe; Pascal, XIe; Loyal, XIVe; Tapie et Presle XVe; Ducor et Paltou Duplessy, XVIIe; Meige, Boulogne ; Desnos, vice-président ; Cayla, secrétaire général.

Excusés : Drs Brossard, IVe; P. Richer, Ier; Richard, Ier; Prot, XVIe.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance de décembre et de la correspondance, l'ordre du jour appelle l'élection du bureau pour 1896. M. le Dr Desnos est élu à l'unanimité président pour 1896; M. le Dr Sevestre vice-président ; M. le Dr Cayla, secrétaire général ; M. le Dr Genesteix, secrétaire général adjoint pour un an.

L'ordre du jour porte ensuite la question des médecins étrangers.

M. le Dr Ducor donne lecture du rapport présenté à la Société du XVIIe sur cette question. Ce rapport forme avec celui du Dr Lutaud, présenté à la Société du IXe et lu par M. le Dr Nitot à la réunion plénière des Sociétés d'arrondissement, le travail le plus complet sur la question.

En voici les conclusions :

1° Nul ne pourra exercer la médecine en France, s'il n'a subi devant une Faculté française toutes les épreuves imposées par les décrets et règlements à tout candidat français désireux d'obtenir le grade de docteur.

2° Nul médecin ne pourra occuper un emploi dépendant d'une administration publique, telle que facultés, écoles, assistance publique, tribunaux, etc. s'il n'a rempli toutes les obligations du service militaire. (Soc. du XVIIe).

1° Les étudiants étrangers qui prendront leur diplôme de docteur en médecine en vue d'exercer en France devront subir, comme les étudiants français, l'épreuve du double baccalauréat ou toute épreuve similaire qui pourra lui être substituée à l'avenir.

2° Le diplôme de docteur en médecine obtenu sans le baccalauréat et par simple équivalence ne donnera pas le droit d'exercer en France. (Soc. du IXe).

Plusieurs Sociétés ont déjà statué sur ces questions. Dans le VIIe une commission présidée par M. le Dr Ferrand a émis le vœu que les étrangers soient soumis aux mêmes obligations que les Français, et laisse de côté la question de la naturalisation ; le XVIe a adopté les conclusions du rapport du Dr Ducor; le XIe après avoir demandé pour les étrangers les mêmes diplômes et examens que pour les Français, demande que le diplôme de docteur ne donne le droit d'exercer la médecine en France qu'aux seuls Français ou naturalisés Français. Le XIVe a adopté les conclusions du rapport du Dr Ducor.

De la discussion, qui suit et à laquelle prennent part MM. les Drs Tapie, Poitou-Duplessy, Le Pileur, Desnos, Ducor, Kuhff, Toledano, il ressort qu'il y a nécessité à obtenir la suppression du deuxième paragraphe de l'article 7 titre IV, de la loi du 30 novembre 1893 qui nous régit.

Tant que la loi portera, en effet, que l'on peut délivrer à des étrangers des diplômes, accorder la dispense des grades, ainsi que de scolarité, on n'obtiendra, malgré tous les efforts, que des résultats incertains et éphémères.

C'est dans ce sens que le Conseil décide, et la nécessité d'une action immédiate ayant été reconnue, une commission composée du bureau et de MM. les Drs Ducor, Le Pileur, Toledano, Nitot, est chargée de se mettre en rapport avec les personnes influentes, capables de donner un avis sur la marche à suivre, notamment avec notre confrère le Dr Pédebidou, député, qui a déjà assisté aux réunions préparatoires de la Société du XVIIe.

Comme question connexe, un des membres ayant demandé s'il n'y avait pas lieu de s'occuper de la question des médecins étrangers admis à concourir à l'Internat, M. le secrétaire général fait remarquer que cette question trouverait mieux sa place à l'Association des Internes où elle a, du reste, été discutée déjà.

L'ordre du jour appelle ensuite la question de la publication des comptes rendus des séances.

M. le Dr Loyal ayant demandé que le compte-rendu soit adressé à chaque secrétaire général, la réunion en décide ainsi. M. le Trésorier se charge des démarches à faire pour cela.

M. le Dr Cayla remet ensuite à MM. les Secrétaires généraux les cartes d'identité demandées dans les Sociétés. Ces cartes seront remises aux confrères avec les instructions qui sont les suivantes :

Après avoir fait faire la photographie chez M. Pirou, 5, boulevard Saint-Germain, se rendre, l'épreuve collée, au cabinet de M. le Préfet de police, et faire apposer la griffe par M. Schrameck, secrétaire.

M. le Secrétaire général donne ensuite lecture de la lettre par laquelle M. le Dr Le Pileur, secrétaire général du VIIIe, annonce l'adhésion de la Société au Conseil.

Dr Cayla.

MEMENTO PRATIQUE

De la théobromine. — M. Huchard résume ainsi l'action thérapeutique de la théobromine.

1° Elle doit être rangée dans la classe des diurétiques épithéliaux fonctionnels de Manquat, et est inoffensive pour le rein ;

2° Elle n'exerce aucune action sur le cœur, les vaisseaux et le système nerveux ; pas d'excitation cérébrale ;

3° Elle est très peu toxique, même à haute dose ;

4° La durée de son action diurétique est moins longue que celle de la digitale, mais plus prolongée qu'avec la caféine ;

5° Elle ne produit que très rarement des troubles digestifs, surtout si on la donne en cachets de 50 centigrammes ;

6° Elle n'offre aucun danger d'accoutumance ou d'accumulation ;

7° Elle est indiquée dans les hydropisies d'origine cardiaque et même dans l'anasarque brightique.

M. Huchard la prescrit à la dose de [illegible] dant quatre jours seulement en cachets de [illegible] Prendre 8 cachets le premier jour, 6 le deu[illegible] sième, et 4 le dernier.

On peut utiliser les propriétés toniques de la théobromine en la prescrivant à petites doses, d'une façon continue, pendant plusieurs semaines, et en l'associant au phosphate de soude.

Théobromine.....
Phosphate neutre de soude. } 10 à 20 grammes.

Pour 40 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas. (*Journ. de clin. et de thérap.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. Exercices pratiques de médecine opératoire. 1° A l'Ecole pratique, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux de médecine de Paris ;

2° A l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre.

Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront :

1° A l'Ecole pratique de la Faculté, le lundi 16 mars 1896 ;

2° A l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le mardi 10 mars 1896.

Ils auront lieu tous les jours, à une heure.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année, en vue de la seizième inscription.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1896 (quatorzième inscription).

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 19 février au 5 mars. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants.

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Démonstrations pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le vendredi 6 mars 1896, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie.

Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures.

La résection du [illegible]année (nouveau régime), de 2e et de 3e préférables à l'ouv[illegible]me) sont obligés d'assister à ces démonstrations de M. Marchand.

Ils seront divisés par séries, et recevront une lettre de convocation spéciale.

Cours de médecine légale. — M. le profr Brouardel commencera ce cours le vendredi 6 mars 1896, à 4 heures de l'après midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. le profr Grancher commencera ce cours le mardi 10 mars 1896, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les cours complémentaires continueront comme dans le semestre d'hiver.

Cours d'hygiène. — M. le profr Proust commencera ce cours le jeudi 5 mars 1896, à 4 heures de l'après-midi grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le profr Terrier commencera ce cours le mercredi 4 mars 1896, à 4 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le profr Debove commencera ce cours le jeudi 5 mars 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de physique biologique. — M. le Profr Gariel commencera ce cours le jeudi 5 mars 1896, à midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La méthode graphique dans les sciences biologiques ; mécanique animale ; étude de l'action moléculaire, principalement dans les corps organisés ; applications de la chaleur en physiologie et en médecine ; effets des radiations, principalement sur les êtres vivants.

Cours de pharmacologie. — Conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie. M. le Profr Gabriel Pouchet commencera ces conférences le jeudi 19 mars 1896, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Objet : étude du droguier.

MM. les étudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. Lejars, agrégé, commencera ca cours le mercredi 4 mars 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, continuera ces conférences le dimanche 1er mars 1896, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les dimanches suivants, à la même heure.

Objet du cours : dermatoses diathésiques et pathogéniques.

Conférences de physiologie. — M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 mars 1896, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférence d'histologie. — M. Retterer, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. Achard, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 4 mars 1896, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Letulle, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 4 mars 1896, à 2 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

N.-B. — Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de 1 h. 1/2 à 2 heures, à partir du vendredi 6 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Lille. — Le corps professoral de la Faculté de médecine de Lille a désigné comme doyen, en première ligne, le Dr Delapersonne, par 16 voix contre 14 à M. Barrois, et, en seconde ligne, M. Barrois, par 18 voix contre 11 à M. Castiaux.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Espagne, agrégé libre, est chargé d'un cours de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Sarda, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 25 juillet 1896, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie. — M. Chabory, médecin à Veyre (Puy-de-Dôme), reçu en 1857. — Le Dr Gouraud, de la Roche-sur-Yon, reçu en 1858, décédé le 19 février.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* - Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande et quina). — **Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestincs.**

PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** - *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

CAPSULES DARTOIS 0,05, véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLE de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat